

2016 至 2019 年第 9-11 届 联合国【世界关顾自闭日】大中华地区计划

征集内地自闭症服务三年计划建议 - 回執

请在 2015 年 10 月 24 日 (星期五) 或以前, 以电邮附档递交本回執 csenie@ied.edu.hk / cn2016@autism.hk(本回執必须要以电脑微软窗文件档填报递交 MS Word .doc, 人手鈔写回執恕不受理)**1. 主要申请团体资料**

申请团体名称: (中文)_____

(英文)_____

申请团体性质: []内地大学社工系 []民间团体 []残联/民政/教育/卫生系统机构 (#删去不适用项目)

[]其他 (请注明)_____

联络人姓名: (中文)_____ (英文)_____

联络人职称: _____ 任职年期: _____ 年 全職 / 兼職 / 義務不受薪 #

联络电话: (办事处)_____ (手电)_____

电邮: _____ (网站)_____

团体地址/通讯处: _____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 区 _____ 路

_____ 邮政编码: [] [] [] [] [] []

(如上述申请团体为内地大学社工系, 请於下列第 2 项提供拟合作的内地自闭症服务团体 / 家长组的资料)

(如上述申请团体并非内地大学社工系, 请於下列第 2 项提供拟合作的内地大学社工系的资料)

2. 合作伙伴: 服务团体 / 大学社会工作系或专业 / 家长组资料

合作大学/服务团体 : (中文)_____

/家长组 名称: (英文)_____

上述这个团体是 [] 现有团体 [] 新成立服务机构/团体/家长组 #

联络人姓名: (中文)_____ (英文)_____

联络人职称: _____ 任职年期: _____ 年 全職 / 兼職 / 義務不受薪 #

联络电话: (办事处)_____ (手电)_____

电邮: _____ (网站)_____

团体地址/通讯处: _____ 省 _____ 市 _____ 县 _____ 区 _____ 路

_____ 邮政编码: [] [] [] [] [] []

注意: 申请计划方案如有第 3 个或以上数目的合作伙伴, 请影印本页补充填写其余合作伙伴资料。

3. 下列各条问题只适用于内地大学社工系负责人填答:

合作大学社工系成立年份_____年, 教师人数: _____人

社工中专学生人数____人; 社工本科生人数____人; 社工硕士生人数____人 (截至 2015 年 9 月止)

社工授课范围是否有 [] 自闭症科目 [] 残疾人康复服务 [] 相关科目(请注明)_____

社工实习范围是否有 [] 自闭症服务 [] 残疾人康复服务 [] 相关服务(请注明)_____

学生志愿工作是否有 [] 自闭症服务 [] 残疾人康复服务 [] 相关服务(请注明)_____

如计划获批准, 预计每年社工学生参与此计划总人数: _____名学生

合作大学社工学生参与此项服务计划的内容简介:

每年参与期间	社工学生参与内容简介	社工学生人数
<input checked="" type="checkbox"/> 全年 / 共 3 月	举例 毕业班实习: 个人辅导、小组及社区工作	4 人
<input type="checkbox"/> 全年 / 共__月		
<input type="checkbox"/> 全年 / 共__月		
<input type="checkbox"/> 全年 / 共__月		
<input type="checkbox"/> 全年 / 共__月		
<input type="checkbox"/> 全年 / 共__月		
<input type="checkbox"/> 全年 / 共__月		
	每年社工学生总人数	

如空间不足, 请另纸书写。

4. 申请计划资料

申请计划名称 : (中文) _____
(英文) _____

计划举办日期 : 2016 年 月 至 年 月 (申请资助期, 最长不超过 3 年)

计划举办地区 : 省 市 县 区

负责执行团体名称 : (现有团体) _____ 受薪工作人员数目: __人

如计划获批准, 新成立服务机构去负责执行是项计划 → 拟聘用受薪工作人员数目: __人

联络人姓名: (中文) _____ (英文) _____

联络人职称: _____ 任职年期: _____ 年 全职 / 兼职 / 义务不受薪 #

联络电话: (办事处) _____ (手电) _____

电邮: _____ (网站) _____

团体地址/通讯处: 省 市 县 区 路

邮政编码: [][][][][][][][][][]

受惠对象及人数 : _____ 人 自闭儿 家长 家庭 工作人员 社会人士

(可选答多项) 其他 (请注明) _____

申请计划是当地 现有服务 → 服务是否获政府或其他基金资助 是 否

新增设服务 → 当地是否有同类的服务 是 否

申请计划当地估计需求总人数: _____ 人 / 家庭 ; 估计服务需求短缺总人数: _____ 人 / 家庭

全期计划申请资助总金额: 人民币 _____ 佰 拾 万 仟 佰元正 (请另付财政细项预算表)

请用不超过 1,000 字简介计划内容: (包含: 服务理据和目标、推行办法、社区/自闭症人士/家庭/大学社工学生的受惠、检讨评核机制、督导支援、员工培训及服务可持续性)

